

**UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**



**ACTITUDES DEL PERSONAL DE SALUD FRENTE A  
LA OCURRENCIA DE EVENTOS ADVERSOS  
DURANTE EL PARTO Y PUERPERIO. SERVICIO DE  
OBSTETRICIA. HOSPITAL BELEN DE TRUJILLO.  
2016**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE OBSTETRA**

**AUTORES:**

Bach. BARRIENTOS REYNAGA ROSA MERCEDES

Bach. LLONTOP APONTE JOSE CARLOS

**ASESORA:**

Mg. RUTH ARACELI VARGAS GONZALES

Trujillo – Perú

2017

**MIEMBROS DEL JURADO**

---

**Ms. EDWIN CARLOS RODRIGUEZ VADA**

**Presidente**

---

**Ms. EVELIN MARGOT MERINO CARRANZA**

**Secretario**

---

**Dr. JOSE DAVID ZUTA LÓPEZ**

**Vocal**

## **Dedicatoria**

*A **Dios** por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía.*

*A mis padres: **Dámaso Barrientos Rojas, Orfelía Reynaga Ángeles**, por el apoyo incondicional, económico y moral que me han brindado durante el transcurso de toda mi carrera profesional.*

*A mis hermanos: **Fidel, Alejandro y Elmer**.*

*A mis abuelos **José Jesús Reynaga Quiroz y Rosa Ángeles Ari**  
**sta** por su apoyo, comprensión y sus consejos, les dedico esta tesis a  
ustedes mi familia por enseñarme el amor al estudio, el empeño al  
trabajo*

**Bach. Rosa Mercedes Barrientos Reynaga**

## **Dedicatoria**

*A **Dios**, por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor, por toda la paciencia que me brindo para continuar.*

*A mis padres, **Jorge Llontop León y Silvia Aponte Rodríguez**, por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor.*

*A mi novia, **Milagros Alvitres Mudarra**, por su apoyo incondicional y por haber sido mi soporte en este largo camino, incentivándome a seguir adelante y no rendirme, sin ella no lo hubiera logrado.*

**Bach. José Carlos Llontop Aponte**

## ***Agradecimiento***

*Queremos agradecer a Dios, que nos dio el don de la perseverancia para alcanzar una de todas las metas que nos hemos trazado y por permitirnos disfrutar de la vida y de buena salud para continuar con el camino que nos hemos propuesto.*

*A nuestros padres, por el apoyo incondicional e inmenso amor que nos brindan todos los días.*

*Un agradecimiento especial a nuestra asesora de tesis; obstetra Ruth Vargas Gonzales por guiarnos en todo el desarrollo de esta tesis. Gracias por su paciencia. Estaremos eternamente agradecidos con usted.*

*A todas las personas importantes en nuestras vidas dedicamos esta tesis con todo nuestro cariño y gratitud.*

# ÍNDICE

	<b>Pág.</b>
<b>CARATULA</b>	
<b>PAGINAS PRELIMINARES</b>	
Página del jurado	II
Dedicatoria	III
Agradecimiento	V
<b>RESUMEN</b>	<b>VIII</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>IX</b>
<b>I. INTRODUCCIÓN</b>	<b>10</b>
Formulación del problema	18
Objetivos	18
<b>II. MATERIALES Y MÉTODOS</b>	<b>19</b>
2.1.- Material 56	19
2.1.1.- Sujetos De Investigación	19
2.1.1.- Muestreo	19
2.2.- Método	20
2.2.1.- Tipo de estudio	20
2.2.2.- Diseño de la investigación	20
2.2.3.- Criterios de inclusión y exclusión	20
2.3.- Técnicas y procedimientos	20

2.3.1.1.-Instrumento	21
2.2.3.- Procedimiento	21
2.4.- Aspectos éticos	22
2.5.- Análisis de datos:	23
III. RESULTADOS	24
IV. ANÁLISIS	31
V. CONCLUSIONES	42
VI. RECOMENDACIONES	43
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	44
VIII. ANEXOS	53

## Resumen

Con el objetivo de explorar las actitudes del personal de salud frente a la ocurrencia de eventos adversos durante el parto y puerperio. Servicio de obstetricia. Hospital Belén de Trujillo, 2016; se realizó una investigación de tipo cualitativo diseño fenomenológico en 12 obstetras, 4 ginecólogos y 4 residentes de Ginecología, los cuales fueron seleccionados a través de la estrategia bola de nieve, a quienes se les aplicó una entrevista a profundidad; construyeron sus respuestas en forma de historia, diálogo o descripción. Se encontró que; el personal de salud que participó de la investigación tiene limitado conocimiento sobre eventos adversos; identifican a los desgarros, hemorragias, infecciones y dehiscencias como los tipos de eventos adversos más comunes; para el personal de salud una de las causas principales de los eventos es el error humano, así como problemas en los procesos de admisión y organización del hospital. El personal de salud que participó de la investigación manifiesta que en caso de haber ocasionado un evento adverso grave asumiría su responsabilidad, el asumir su responsabilidad para los entrevistados es asumir los gastos de recuperación. Así mismo ante la ocurrencia de un evento adverso grave los profesionales recomiendan que debe intervenir al personal implicado, anunciando que si el problema se presenta de manera reiterativa acudirían a las instancias pertinentes. Sin embargo, algunos mencionaron que no denunciarían el evento adverso para así evitar perjudicar al compañero de trabajo. Argumentan que la mejor estrategia de prevención es la capacitación y algunos mencionan realizar una adecuada atención prenatal.

**Palabras clave:** Eventos adversos, actitudes, Actitud de los profesionales sanitarios; Administración de la seguridad

## ABSTRACT

With the aim to explore the health staff attitude towards adverse events during delivery and postpartum Obstetrics service. Trujillo's Belen Hospital, 2016; it was conducted a qualitative study with phenomenological design among 12 obstetricians, 4 obstetrician-gynecologists and 4 Obstetrics and Gynecology Residents, who were selected through the snowball technique and whom a depth interview was conducted, they made their answers like a story, dialogue or description. It was found that the health staff that participated on the survey has limited knowledge about Adverse Events, they identify cervical strokes, haemorrhages, infections and dehiscences as the most common adverse events; for the health staff one of principal causes of these events is the human error, moreover the problems at admission process and hospital organization. The health staff that participated in this research affirms that in case of they cause a serious adverse event, they would assume its responsibility, to assume the responsibility for the interviewed means to assume economically the treatment. Also, if an adverse event occurs, health professionals recommend to process the specific person, announcing that if the problem happens repetitively, they would go to specific authorities. However, some mentioned that they wouldn't report it in order to avoid harming a colleague. They argue the best prevention strategie is capacitation and some others mention it is the antenatal care.

Keywords: Adverse Events, attitudes, attitude of the professionals; Safety Management

## I. INTRODUCCIÓN

Un evento adverso se define como la situación no deseada imputable a la atención de salud y no derivada de la enfermedad o condición de salud del paciente. <sup>1,2</sup>. La frecuencia de los eventos adversos varía entre el 1 y el 22% y tienen un significativo impacto en términos de prolongación de la estancia hospitalaria, discapacidad resultante, costos y mortalidad. Su frecuencia depende del tipo e institución, del servicio donde son medidos, y el método utilizado para su medición. Se ha reportado que un 30 a 70 % de ellos son evitables <sup>3</sup>.

En países como el Reino Unido, Australia, Canadá y los Estados Unidos de América, se han reportado incidencias desde un 3.7% a un 16.6% de eventos adversos con respecto al número total de pacientes hospitalizados<sup>4</sup>.

En América Latina, el Estudio Iberoamericano de Eventos Adversos (IBEAS), desarrollado en cinco países (México, Perú, Argentina, Costa Rica y Colombia), registra una incidencia de eventos adversos de 11.85% y de evitabilidad del 65%. Los eventos adversos presentados fueron: infecciones asociadas a la atención de salud 37.14%, debido a algún procedimiento 28.69%, en los cuidados 13.27%, error en la medicación 8.23%, y error en el diagnóstico 6.15%. El 62.9% de los eventos adversos aumentó los días de estancia, con una media de 16.1 días y en el 18.2% estos fueron causa del reingreso de los pacientes a los hospitales <sup>5</sup>

El Perú reporta una prevalencia de eventos adversos de 11.6% (286 casos), de las cuales el 39.6% está relacionado con infecciones asociada a la atención en salud, el 28.9% con un procedimiento; el 10.8% con el diagnóstico, el 8.4% con la medicación, el 6.9% relacionado con los cuidados y el 3.5% y 1.8% con otros eventos adversos. La prevalencia de eventos adversos en los servicios de obstetricia es de 24.9%, el

comportamiento de éste indicador se ve afectado por la edad, la medicación y el tipo de procedimiento al que se puede ver sometido la paciente durante su estancia. Los eventos adversos más frecuentes identificados en los servicios obstétricos fueron los asociados a algún procedimiento <sup>5</sup>.

La ocurrencia de los eventos adversos es multifactorial, dentro de los procesos incluidos en estos eventos tenemos “a las tecnologías mal aplicadas o interacciones humanas fallidas (deficiencias en la coordinación y comunicación entre el personal, poca comunicación con el paciente y sus familiares)”, <sup>6,7</sup> posibilidades de fallas en la estructura, determinantes ambientales, diseño arquitectónico inadecuado, fallas en los equipos, limitado personal, deficiente capacitación, medicamentos insuficientes y/o de mala calidad. También existen fallas en el proceso como diseño organizacional inadecuado”. Existen otros factores asociados al proceso de la atención tales como identificación deficiente del paciente, historias clínicas incompletas, riesgos altos del procedimiento, medidas de bioseguridad insuficientes, carencia de guías clínicas, criterios clínicos incorrectos, fatiga, prisa en el desarrollo de las actividades, falta de conciencia de los riesgos. Existen factores asociados a la paciente como la intolerancia a medicamentos o material de curación, alergia no conocida a medicamentos, negativa a colaborar en su atención y colaboración <sup>8</sup>.

Diversos autores clasifican los eventos adversos de diferente tipo, nosotros usaremos la clasificación de: evento adverso grave como aquel que ocasiona incapacidad transitoria y pone en riesgo la vida del paciente; evento adverso moderado el que ocasiona prolongación de la estadía y evento adverso leve como el que ocasiona lesión o complicación sin prolongación de la estadía hospitalaria. La clasificación con respecto a la responsabilidad ética, penal, civil y administrativa, es aquella que lo divide en evento adverso prevenible al resultado, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial y no prevenible, al resultado que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares <sup>6,7</sup>.

Los eventos adversos durante el parto y puerperio desencadenan una serie de consecuencias económicas, sociales y psicológicas, por esto, los eventos adversos deben ser motivo de estudio por las instituciones de salud y de esta manera útil para reducir el impacto sobre la salud materna y perinatal. Los profesionales de la salud que brindan atención materna perinatal, deben trabajar conjuntamente con las instituciones de salud y los pacientes en los aspectos de la seguridad; ya sea su prevención, detección, evaluación y análisis, para llevar a intervenciones que reduzcan el riesgo de error en los procesos de atención y en programas de mejoramiento de calidad, que hagan más seguras las instituciones y el ejercicio profesional<sup>9</sup>.

Algunos eventos adversos que se presentan en el parto o puerperio son: hemorragia postparto que puede estar relacionadas con retención placentaria, hemorragia por atonía uterina, desgarros perineales, infección de herida operatoria y endometritis puerperal <sup>10</sup>.

Los eventos adversos del puerperio más frecuentes están relacionados con la atención del parto sea vaginal o cesárea, de enfermedades concomitantes o situaciones que se generan en ese momento. El puerperio es la puerta de salida y la finalización de todo el periodo gestacional, parto y llegada del neonato, por lo tanto, las situaciones que vivan, las carencias, frustraciones y otras quedarán marcadas y gravadas en la historia de su familia y muchas veces de la sociedad <sup>11</sup>.

El profesional de salud cumple una importante función en la reducción de riesgos mediante la aplicación de las precauciones de aislamiento hospitalario. El riesgo de infección se incrementa en forma considerable a medida que el equipo técnico asociado con la atención del paciente se hace más complejo y a medida que se utilizan más dispositivos que interrumpen las barreras de protección. Sin embargo, el trabajo diario del profesional de salud en las instituciones se realiza con exceso de confianza y sólo se

cuidan de usuarios diagnosticados con enfermedades contagiosas. Por ello, para involucrar al profesional de salud en la aplicación de las precauciones de aislamiento hospitalario, se necesita que tenga los conocimientos básicos de aislamiento hospitalario y normas de prevención y control de infecciones o eventos adversos; así como los sistemas de vigilancia de los eventos adversos <sup>12</sup>.

Los sistemas de notificación constituyen una estrategia clave para aprender de los errores y evitar su recurrencia. Estos pueden orientar hacia garantizar la responsabilidad social (de tal forma que los proveedores rindan cuentas sobre la seguridad de su práctica) o, de forma alternativa o complementaria, para que los proveedores proporcionen información útil sobre la mejora de la seguridad <sup>13</sup>.

Las actitudes del personal de salud frente a un evento adverso se han ido modificando, aún hay una resistencia a reconocer errores, se justifican con argumentos sobre la incerteza en medicina, las limitaciones humanas, las características de las enfermedades y de los pacientes, los problemas de la organización, fatiga y problemas personales.<sup>14</sup>.

Giraldo et al (Bogota-2016) mencionan que dentro de las actitudes que toma el personal de salud frente a los eventos registradas para no reportar son "el temor de que el personal subalterno sería culpado de alta carga de trabajo y la creencia de que las circunstancias o el resultado de un evento particular no justificaban un reporte", otra razón que argumentaron fue "los sistemas actuales de notificación de incidentes, mientras que proporcionan una información valiosa, no ofrecen un índice fiable de la tasa de incidentes adversos". En el proceso de entender por qué no se reportaban los eventos adversos se encontró, en orden de importancia: "por parecerle innecesario al personal", por el "incremento de la carga de trabajo", por "miedo al castigo", por "olvido" y finalmente por la "probabilidad de un litigio" <sup>15</sup>.

Otras barreras comunes en el reporte de los eventos adversos son: limitaciones de tiempo, procesos insatisfactorios, normas culturales, creencias previas acerca del riesgo, inadecuada retroalimentación y percepción de escaso valor del proceso, siendo estos últimos considerados elementos críticos a trabajar para incrementar el reporte de eventos adversos <sup>16</sup>.

Existen diversas investigaciones acerca de este tema entre las que tenemos por:

En un estudio realizado por Mir-Abellán et al <sup>17</sup> (España, 2016) sobre 'Actitudes frente a la cultura de seguridad del paciente en el ámbito hospitalario y variables correlacionadas', en una muestra de profesionales y auxiliares de enfermería se administró el cuestionario Hospital Survey on Patient Safety Culture. Se consideró como fortaleza más del 75% de respuestas positivas y como oportunidad de mejora más del 50% de respuestas negativas. El 59% calificó la seguridad entre 7 y 8. El 53% no realizó ninguna declaración de incidente en el último año. Como fortaleza se identificó «trabajo en equipo en la unidad/servicio», y como oportunidad de mejora, «dotación de personal».

Una investigación realizada por Mosqueda et al <sup>18</sup> (Chile, 2012) sobre 'Análisis Conceptual de los eventos adversos en la atención hospitalaria y rol de enfermería en su retención y control'; se realizó una revisión bibliográfica en las bases de datos PubMed, Scielo, Redalyc y Bireme, seleccionando 29 artículos. Entre los resultados la incidencia de eventos adversos se registra entre el 2.9% y 19.8%, de ellos por lo menos el 35% son evitables. Se ha identificado que las fallas en el sistema organizacional y el error humano son las principales causas de eventos adversos; expertos han señalado que para evaluar integralmente su causalidad se requiere un manejo sistémico, lo que implica considerar factores directamente relacionado con la ergonomía. La forma más efectiva para abordar los

eventos adversos, se preocupa de mejorar las barreras defensivas de las organizaciones más que de encontrar culpables.

Un estudio realizado por García et al.<sup>19</sup> (Argentina, 2016) sobre Reporte de conocimientos, creencias y actitudes en calidad de atención y seguridad del paciente en alumnos de pregrado: validando el cuestionario APSQ-III modificado. El estudio se realizó en estudiantes de medicina de cuarto y quinto año. Se encontró que el 57% cree entender los conceptos acerca de la seguridad del paciente, el 53% considera que su formación los prepara para entender la causa de errores médicos, el 59% cree que los errores son inevitables y el 98% cree que un verdadero profesional no comete errores. Un 64% cree que las habilidades en esta temática sólo se adquieren a partir de la experiencia clínica.

Un estudio realizado por Ferreira et al.<sup>20</sup> (Uruguay, 2015) sobre Eventos adversos en salud y cuidados de enfermería: la seguridad del paciente desde la experiencia del profesional. La muestra fue de 10 enfermeras que tuvieron al menos una experiencia de responsabilidad ante un evento adverso y cuatro supervisores de enfermería con responsabilidad de supervisión al ocurrir el evento. El análisis de los datos recogidos permitió construir categorías de análisis relacionadas con las necesidades de recursos humanos. Se identificaron aspectos relevantes respecto a la necesidad de fortalecer el sistema de recursos humanos y su selección, surgiendo la dotación de personal, la carga de trabajo, el trabajo en equipo y la formación permanente como aspectos significativos para las enfermeras.

Un estudio realizado por Vargas J.<sup>21</sup>, Perú, 2015, realizó una investigación acerca de Conocimientos básicos, actividades y actitudes del personal asistencial del Hospital III Yanahuara EsSalud con respecto al reporte de eventos adversos hospitalarios. La población estudiada se caracterizó por estar entre los 50 a 60 años (31%), y donde los médicos componen el grupo

más numeroso. Se encontró que solamente el 41% recibió capacitación sobre el tema en los últimos tres años; el 55% sí realiza reporte de eventos adversos; y el 6% del personal encuestado pertenece al comité de seguridad del hospital. Solo el 52% de los encuestados posee un conocimiento completo del concepto de eventos adversos. Se encontró que el 60% de encuestados considera la ignorancia de que se ha cometido un evento adverso como una de las causas principales de no reporte.

En los establecimientos del Ministerio de Salud en el Perú, la vigilancia de los eventos adversos se realiza desde el III nivel de complejidad; en la región La Libertad, entre los hospitales con mayor nivel de complejidad y de referencia se encuentra el Hospital Regional y Belén de Trujillo.

En los servicios de obstetricia, de los hospitales de la región; se observa que la mayoría de las atenciones en centro obstétrico en las pacientes que presentaron eventos adversos durante el trabajo de parto y puerperio fueron atendidas por personal en formación como son los residentes e internos, bajo la supervisión del asistente u obstetra. Sin embargo, esta situación, “sugiere que la atención del parto y del puerperio está delegada, muchas veces al personal en formación y que las funciones delegadas no se supervisan sistemáticamente, dando como consecuencia una atención médica inapropiada” <sup>22</sup>.

Durante nuestras prácticas pre profesionales, hemos sido testigos de eventos adversos y de la aparición de estos eventos adversos durante el parto o puerperio, los cuales se presentan con cierta frecuencia, por ello creímos conveniente realizar esta investigación para conocer las actitudes del personal que permitan intervenir en establecer o fortalecer la confianza mutua y trabajo conjunto entre los trabajadores de la salud, el personal de apoyo y la gerencia para prevenir futuros eventos adversos.

En la región La Libertad el Hospital Belén de Trujillo cuenta con 464 años

de servicio y es un establecimiento de nivel III de referencia regional, que atiende a la población liberteña de Trujillo, de las zonas del valle y sierra de La Libertad, así como por su capacidad resolutive atiende a las poblaciones de las regiones límites de La Libertad; cuyos indicadores de atención de parto y puerperio lo sitúan en el de mayor concentración de este servicio <sup>23</sup>. En los años 2011 al 2013 el Servicio de Obstetricia del Hospital Belén de Trujillo registró 708 eventos adversos <sup>24</sup>

Es esencial que se cree una cultura entre los profesionales de salud donde los errores puedan ser prevenidos a futuro, impartiendo conocimientos sobre seguridad del paciente en el personal asistencial. Además, un ambiente de trabajo libre de culpas y que promueva el reporte sistemático de los eventos adversos, el cual tendrá valor para aplicarlo en la prevención.

Con los resultados de la investigación se dará apertura a más investigaciones que impulsen al desarrollo de estrategias para prevenir la aparición de eventos adversos, dando a conocer las actitudes que toma el personal frente a los eventos adversos y su no reporte en la institución hospitalaria, desarrollando actividades incitando a la promoción, prevención de la salud, impulsar el desarrollo de tácticas de salud que satisfagan las necesidades básicas del paciente y prevengan la enfermedad.

Por lo expuesto anteriormente nos planteamos el siguiente problema:  
**¿Cuáles son las actitudes del personal de salud frente a la ocurrencia de eventos adversos durante el parto y puerperio en el servicio de Obstetricia del Hospital Belén de Trujillo, 2016?**

## **OBJETIVOS:**

### **OBJETIVO PRINCIPAL:**

- ❖ Explorar las actitudes del personal de salud frente a la ocurrencia de eventos adversos durante el parto y puerperio. Servicio de obstetricia. Hospital Belén de Trujillo. 2016

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- ❖ Explorar las actitudes del personal de salud frente a la ocurrencia de eventos adversos, respecto a la vigilancia y notificación durante el parto y puerperio. Servicio de obstetricia. Hospital Belén de Trujillo. 2016
- ❖ Explorar las actitudes del personal de salud frente a la ocurrencia de eventos adversos, respecto al análisis de causas durante el parto y puerperio. Servicio de obstetricia. Hospital Belén de Trujillo. 2016
- ❖ Explorar las actitudes del personal de salud frente a la ocurrencia de eventos adversos respecto a las estrategias de prevención y control. Durante el parto y puerperio. Servicio de obstetricia. Hospital Belén de Trujillo. 2016

## II.-MATERIAL Y METODOS

### 2.1.- MATERIAL:

**2.1.1.-SUJETOS DE INVESTIGACIÓN:** Los sujetos de investigación estuvieron conformados por 4 Ginecólogos, 4 Médicos Residentes de Ginecología y 12 Obstetras del Hospital Belén de Trujillo las cuales respondieron las preguntas hasta agotar la información por saturación.

Tabla 1: Perfil de los entrevistados

Nro de Orden	Profesión	Edad	Sexo	Situación Laboral	Tiempo de servicio
1	Obstetra	55	Femenino	Nombrada	29
2	Medico	55	Masculino	Nombrado	14
3	Obstetra	39	Femenino	CAS	8
4	Obstetra	32	Femenino	Nombrada	10
5	Obstetra	31	Femenino	Nombrada	10
6	Obstetra	52	Femenino	Nombrada	13
7	Obstetra	57	Femenino	Nombrada	13
8	Obstetra	41	Femenino	Nombrada	25
9	Medico	42	Masculino	Nombrado	5
10	Medico Resd	41	Masculino	Residente	3
11	Obstetra	60	Obstetra	Nombrada	32
12	Medico Resd	30	Masculino	Residente	3
13	Medico Resd	32	Masculino	Residente	1
14	Medico Resd	32	Masculino	Residente	1
15	Obstetra	31	Femenino	Nombrada	10
16	Medico	57	Masculino	Nombrado	27
17	Obstetra	58	Femenino	Nombrada	33
18	Medico	53	Masculino	Nombrado	13
19	Obstetra	52	Femenino	Nombrada	29
20	Obstetra	42	Femenino	Nombrada	14

**2.1.2.-TIPO DE MUESTREO:** Se seleccionó a los participantes de acuerdo a la riqueza de información del estudio. Para lo cual se aplicó la estrategia de bola de nieve, es decir, encontramos un informador clave y este identificó a otro a quién investigamos, el total de la muestra se obtuvo por saturación.

## **2.2.-MÉTODO:**

**2.2.1.- TIPO DE ESTUDIO:** Cualitativo.

**2.2.2.- DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN:** Fenomenológico.

### **2.2.3.- CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN**

#### **Criterios de Inclusión:**

- ❖ Personal de salud del departamento de gineco-obstetricia que labore en el Hospital Belén de Trujillo.
- ❖ Personal asistente, residentes y obstetras.
- ❖ Personal que desee participar en la investigación.

#### **Criterios de Exclusión:**

- ❖ Personal de salud que no labore en el departamento de gineco-obstetricia del Hospital Belén de Trujillo
- ❖ Personal de enfermería, técnicas, laboratoristas y nutricionistas.
- ❖ Personal que no desee participar de la investigación.

## **2.3.- TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS:**

**2.3.1.- TÉCNICA:** Se utilizó entrevistas en profundidad ya que consiste de reiterados encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes con el objetivo de adentrarse en su intimidad y comprender la individualidad de cada uno.

### **2.3.1.1.- INSTRUMENTO:**

Se elaboró una guía para entrevista a profundidad, dicha entrevista estuvo dividida en tres secciones:

#### **Sección I: Conocimiento sobre eventos adversos**

¿Qué es para usted un evento adverso?

¿Cuáles son los eventos adversos más comunes en obstetricia?

¿Cuáles cree usted que son las causas de eventos adversos?

#### **Sección II: Rol del personal de salud**

En el momento del parto ¿Qué tipo de eventos adversos se da con mayor frecuencia?

En el puerperio ¿Qué tipo de eventos adversos ha visto?

¿Usted realiza la notificación de eventos adversos al sistema de vigilancia?

¿Qué haría usted si hubiera ocasionado un evento adverso grave?

#### **Sección III: Estrategias de Prevención y Control**

¿Si usted supiera de un evento adverso grave en su hospital, que acciones tomaría?

¿Qué medidas de prevención o estrategias tomaría para evitar un evento adverso?

### **2.3.2.- PROCEDIMIENTO**

#### **A. PROCEDIMIENTO PARA LA ENTREVISTA A PROFUNDIDAD**

- Se solicitó autorización para realizar la investigación a las oficinas de docencia en investigación del Hospital Belén de Trujillo.
- Los investigadores se presentaron a la coordinadora para solicitar el horario del personal de servicio.
- Se aplicó la entrevista al personal de salud del Hospital Belén de Trujillo

seleccionados según el tipo de muestreo previa aceptación y firma del consentimiento informado.

- Se acudió de lunes a sábado en horario de 10:00 a 12:00 al servicio de obstetricia para aplicar la entrevista en un ambiente que brinde privacidad. La entrevista tuvo una duración aproximada de 15 minutos

#### **Recolección de información:**

- Para recoger la información se empleó una grabadora con la finalidad de obtener diferentes opiniones verbales de cada profesional.
- La entrevista tuvo una duración de 15 minutos, se llevó a cabo en un solo día.

#### **Fase de análisis y redacción de informes:**

#### **Transcripción de la información:**

- Se realizó un archivo de hojas en el cual se transcribió lo grabado en un resumen, pero sin modificación alguna de la palabra empleadas del personal de salud.

#### **Sistematización de la información:**

- Análisis de información: Se realizó el análisis de discurso para lo cual se extrajo significado referido de las entrevistas que fueron útiles a los objetivos de la grabación. El investigador debió respetar el estar en la situación de cualquier fenómeno experimentado sin intervenir sus criterios.

### **2.4.- ASPECTOS ÉTICOS:**

- **Anonimato:** Los nombres de cada profesional de salud que participan en la investigación no fueron revelados.
- **Proceso del consentimiento informado:** Se empleó un consentimiento informado escrito, para los Ginecólogos, Residentes de

Ginecología y Obstetras a través del cual se percibió la importancia y seriedad del estudio. (anexo I)

- **Pago a los participantes:** No hubo pago a las participantes.

**Confidencialidad de la información obtenida:** Se les solicitó permiso a los participantes para usar grabadora con la finalidad de determinar diferentes opiniones verbales. La información fue ingresada lo más pronto posible en el software con el que se hizo el procesamiento y análisis de datos, las entrevistas fueron almacenadas por uno de los investigadores hasta culminar la investigación.

- **Veracidad de los datos:** Se registró y se presentó los datos encontrados.
- **Inocuidad:** La investigación no causó ningún tipo de daño en los participantes
- **Conflicto de interés:** Los autores del proyecto declararon no tener ningún conflicto de interés en aplicar la entrevista.

## **2.5.- ANÁLISIS DE DATOS:**

De acuerdo con el método fenomenológico se codificaron las experiencias individuales, el agrupamiento por significados, la descripción textual y estructural y las invariantes de la experiencia de las obstetras.

Para el método fenomenológico la estructura esencial del fenómeno se mostró en sí misma y hablara por sí misma, y no se tradujo o se definió por criterios externos.

### III.-RESULTADOS

El estudio se realizó en sujetos de investigación personal de salud que labora en el área de gineco-obstetricia del Hospital Belén de Trujillo; los participantes para la entrevista a profundidad fueron 12 Obstetras, 4 Gineco-obstetras y 4 Residentes de Ginecología.

De las veinte entrevistas a profundidad realizadas en los profesionales de salud, se pudo establecer:

#### **Conocimiento sobre eventos adversos**

El personal de salud entrevistado que participó de la investigación tiene un conocimiento limitado sobre la definición de eventos adversos.

*[...] Es toda situación que produce daño al paciente; por el procedimiento antes que por fisiología misma de la paciente.-EP, 3*

*[...] Es una situación inesperada, fortuita que, perjudica la atención que se da a la paciente, no se realiza con intención alguna, por eso es imprevista.-EP, 10*

*[...] Es aquella situación que causa perjuicio a la salud del paciente... y esto se da más por el procedimiento utilizado y no tanto por la enfermedad.-EP,2*

*[...] Es una complicación que afecta al paciente, su salud, esta se da de manera inesperada, sin intención.-EP, 18*

El personal de salud ante la pregunta sobre cuáles son los eventos adversos más comunes en la obstetricia identifica aquellos daños que están categorizados como eventos adversos.

*[...] Siempre hay desgarros en el parto vaginal, hemorragias post-parto e infecciones intraoperatorias.-EP, 9*

*[...] Desgarros, infecciones, y claro las... hemorragias son las más comunes que he visto.-EP, 20*

*[...] Los desgarros. En el puerperio te hacen atonías y terminan en shock hipovolémico, y en algunos casos hay dehiscencias cuando no se sutura bien.-EP, 5*

Ante la pregunta ¿Cuál cree usted que son las causas de eventos adversos? Apreciamos que hay una limitada información respecto a las causas de eventos adversos.

*[...] Cuando no hay una buena técnica para proteger el periné se dan los desgarros o para la extracción de placenta algunos "jalan" con tanta fuerza y pues se quedan restos. La mala técnica también o el bajo conocimiento son las causas principales.-EP, 15*

*[...] En algunos casos es el poco conocimiento que tiene el personal para abordar el caso que se presente, pero otras veces por ejemplo ¿no? en las guardias, operamos de emergencia y no hay neonatólogos porque se encuentran con otras emergencias y en obstetricia no podemos esperar, se tiene que actuar ya y tenemos que aplazar la operación en espera del neonatólogo o del anestesiólogo, hay mala organización, debería haber más personal de turno".- EP, 12*

## **Rol del personal de salud**

Referente a qué tipo de eventos adversos se da con mayor frecuencia en el momento del parto, el personal de salud reconoce a aquellos eventos adversos que están clasificados como tales.

*[...]Lo más frecuente es el desgarro, también, bueno... la retención de restos placentarios, que se da por la rapidez en la que se extrae''.-EP; 7*

*[...]Mira, muchas veces el personal que atiende el parto no está calificado para atender el parto y bueno se producen desgarros hasta de 3° grado o 4° grado, como se ha producido recientemente ¿sabías? También una inadecuada sutura de la episiotomía que producen hematomas.-EP, 13*

*[...]Siempre hay desgarros en este periodo, son los más comunes.-EP, 16*

El personal de salud reconoce algunos de los eventos adversos que están clasificados dentro de los más comunes durante el puerperio.

*[...]Para mí son infecciones puerperales ¿no?, por el lavado de manos incorrecto...también pues las dehiscencias, hemorragias...Sobre todo hemorragias, pueden causar muerte.- EP, 1*

*[...]En las cesáreas pueden ser las infecciones de herida operatoria, por mala técnica en bioseguridad.-EP, 17*

*[...]Hemorragias por atonía uterina, la patología más temida.-EP, 14*

Ante la pregunta si el personal de salud realiza la notificación al sistema de vigilancia; ellos desconocen que existe un sistema de vigilancia de eventos adversos y solo notifican las infecciones intrahospitalarias.

*[...] Si lo causó algún colega... le aconsejaría. En algunos casos se presenta de manera reiterada, pero no lo denunciaría ni reportaría... a lo mucho llegaría a la jefatura pero no más.-EP, 11*

*[...] Bueno, yo trataría de buscar a la paciente con quien cometí el error y le ayudaría en todo lo que pueda para revertir este, mas no notificaría.-EP, 7*

*[...] Bueno yo creo que está mal, un evento así no puede suceder...pero existe un comité aquí para cuando se presentan infecciones intrahospitalarias y se llena una hoja, una ficha, pero de eventos adversos, no.-EP, 2*

*[...] Hablaría con el personal que ha cometido el error, para ver cómo prevenirlo también ¿no? Pero ¿notificar? No lo creo.-EP, 14*

Ante la pregunta que haría usted si hubiera ocasionado un evento adverso grave, el personal de salud investigado maneja el protocolo necesario para la patología que se presente. Algunos argumentan que involucrarían a la familia para que tenga conocimiento del evento adverso. Así mismo algunos asumirían costos de rehabilitación de la paciente.

*[...] Siempre tratar de solucionarlo de inmediato, dependiendo del caso también ¿no? Si es una hemorragia el accionar debe ser de manera rápida, manejando el protocolo, actuando todos de manera simultánea.-EP, 10*

*[...] Lo primero es actuar inmediatamente. Pero si actué mal queda ese*

*malestar de que pudiste hacer algo y no lo hiciste pues y al final desencadena en un evento adverso. Bueno actuaría inmediatamente y aviso al personal.- EP, 8*

*[...]Yo actuaría inmediatamente, trato de estabilizarlo, llamaría al personal capacitado. Uno sabe hasta dónde puede solucionar el caso y ya pues cuando escapa a mis competencias llamaría al personal adecuado.- EP, 6*

*[...]Siempre antes de todo es primero comunicar al personal de salud para actuar inmediatamente. Asumiría mi responsabilidad también creo yo y también ayudaría a la paciente en lo posible. Asumiría con los gastos de medicamentos o tratamiento, asumir mi error ante todo.-EP, 20*

*[...]Depende del evento adverso ¿sí? ... Siempre actuar de manera inmediata para solucionar el problema...Mira...por ejemplo un desgarró de 4º grado se repara inmediatamente el desgarró. Y todo esto se tiene que comunicar al paciente sobre lo que ha sucedido, y a la familia también en caso la paciente no pueda entender.-EP, 9*

### **Estrategias de Prevención y Control**

Respecto a qué acciones tomarían si tuvieran conocimiento de un evento adverso grave en su hospital, toma como acción primaria el tratar de solucionar el caso de manera interna y en el hipotético caso de que se presente de nuevo, acudirían a las instancias necesarias

*[...]A ver lo primero es solucionar el problema al paciente. Y luego corregir la técnica. Mira si tú si me hablas de un residente o un interno es un personal en formación, se entiende eso ¿no? y si me hablas de una obstetra se supone que es personal capacitado para prevenir la situación y si es un médico ig*

*ual, claro si se presenta de nuevo se tomarían otras sanciones, algo más drástico. Como te decía, sea obstetra o gineco-obstetra la idea es tratar de solucionar el evento adverso, minimizar la secuela que pueda tener el evento adverso.-EP, 9*

*[...]El hecho de que un evento se repite de manera reiterativa va a depender de por sí de cómo se presenta. Hay pacientes... algunas que vienen con antecedente de desgarro perineal o con expulsivo prolongado, hay casos donde las técnicas fueron correctas pero los antecedentes producen esto. Es por eso que se tiene que evaluar bien la historia clínica.-EP, 2*

*[...]Conversar con la colega o el profesional, indicarle en que fallo, que pudo haber evitado pues y hacerlo consiente que se equivocó y no permitir que pase a futuro ¿comprendes? y si se vuelve a repetir voy al jefe de departamento para que tome medidas. Estos casos son intolerables, no se pueden dar en reiteradas ocasiones.-EP, 7*

*[...]Ya pues sería conversar con la persona involucrada, tratar que explique las razones por las que ha sucedido y entender la situación para tratar de corregir las falencias que hubo, si se presenta otra vez, hablaría con el jefe de departamento.-EP, 12*

Ante la pregunta sobre las medidas de prevención o estrategias para evitar un evento adverso el personal de salud refiere capacitaciones constantes sobre EA, así como también mejorar el control prenatal.

*[...]Hacer una buena historia clínica, es básica la anamnesis ¿sabes? Estar capacitados y actualizados. Retroalimentarnos periódicamente, la carrera de salud nunca termina, siempre hay que leer.- EP, 14*

*[...]Evaluar bien a la paciente antes del ingreso al servicio, su historia clínica*

*¿no? Y claro que... también hacer cursos de capacitación que sean constantes para el personal que labora aquí.-EP, 15*

*[...]Conocer la historia natural de las patologías y como se dan las enfermedades, saber las complicaciones que podrían suceder en un parto o todo lo que puede corregir en un procedimiento. Sabiendo todo esto puedes prever muchas cosas.-EP, 18*

#### **IV.-ANÁLISIS:**

El hablar de seguridad de paciente en el contexto de una organización de salud implica generar varias medidas que van desde la prevención o minimización de fallas que conllevan a la aparición de eventos adversos hasta la mitigación de las consecuencias cuando ya el hecho está instalado. Es necesario pensar en medidas de organización, en todos los niveles, desde lo administrativo hasta lo asistencial <sup>25</sup>.

En el Perú, existen hospitales que cuenta con un sistema de registro y notificación de eventos adversos adecuados donde el personal reporta el evento adverso, así mismo estos casos son analizados a través de la metodología de causa raíz para encontrar una solución, implementarla y si esta es satisfactoria se realizan retroalimentaciones, es decir capacitaciones al personal para reducir la incidencia de eventos adversos <sup>26</sup>.

Pensamos que el sistema de vigilancia de registros y notificación de eventos adversos en los hospitales de la región no es el adecuado para el reporte, análisis y manejo de eventos adversos ya que este tiene una característica de “vigilancia epidemiológica pasiva, es decir solo se cuenta con un sistema estadístico, donde solo se tabulan datos”, con un subregistro y subnotificación de los casos de eventos adversos <sup>27</sup>.

La cultura de notificación que por ley a nivel nacional los profesionales y no profesionales de salud deben cumplir, atribuible a los daños seleccionados en enfermedades de notificación inmediata lleva años en el país y el personal aún mantiene cierta resistencia a la notificación , entonces el trabajo es constante y mantenido desde la red de Oficinas de epidemiología en el país; lo cual ha permitido que el subregistro y subnotificación de los casos mejore; sin embargo el tema de vigilancia de eventos adversos es llevado por las oficinas de calidad y en el país no tienen más de 15 años;

así esto puede ser una desventaja y pensamos que los sistemas de vigilancia de daños deben ser llevados por las oficinas encargadas de la vigilancia con experiencia en estos sistemas de reporte nacional; toda vez que por la naturaleza de las oficinas de epidemiología son las oficinas técnicas de reporte de casos y sus determinantes que le permiten a la salud pública la toma de decisiones.

En el presente estudio como puede apreciarse el personal de salud entrevistado maneja una definición limitada en lo que respecta a eventos adversos, esto afecta la notificación de los casos; pues la definición aparentemente no es sensible para ampliar el número de notificaciones por eventos adversos.

El personal entrevistado refiere que el evento adverso es un hecho fortuito no intencional, es decir que el profesional de salud no busca causar daño al paciente, ya que su objetivo es mantener o mejorar las condiciones de salud de los pacientes , esto concuerda con la investigación realizada en Colombia en el año 2011 por Imbacuan y Yubely donde destacan que nadie en el equipo de salud ni en la institución tiene la intención de hacerle daño al paciente, ya que su propósito es mantener, recuperar o mejorar las condiciones de salud de los pacientes bajo el principio hipocrático de no hacer daño <sup>28</sup>.

El personal de salud menciona sólo algunos de los eventos adversos más frecuentes en obstetricia. Refieren desgarros, hemorragias, infecciones y dehiscencias. Esto concuerda con un estudio sobre prevalencia de eventos adversos en hospitales latinoamericanos realizado en España en el año 2011 por Aranaz y Aibar que destacan que los eventos adversos más comunes y los que se dan con mayor incidencia son los desgarros, hemorragias y en un menor porcentaje las infecciones <sup>29</sup>.

Por lo anteriormente detallado, se hace notar la limitada información que tienen sobre los eventos adversos más comunes en obstetricia ya que existen más eventos adversos de los que ellos mencionan. Sabemos que existe otro tipo de eventos adversos, como la endometritis puerperal, incluso cesáreas injustificadas <sup>30</sup>.

El personal de salud entrevistado solo conoce algunas de las causas de eventos adversos. Mencionan que el evento adverso es causado por el error médico, por la falta de conocimiento del personal asistencial y su carente preparación. Al mencionar esta causa, verificamos que el personal coincide con algunas de estas respuestas en un estudio realizado sobre seguridad del paciente por la Harvard Medical Practice Study en Estados Unidos en el año 2010 que demostró que un buen número de eventos adversos en los hospitales, se puede atribuir a errores humanos <sup>31</sup>.

Sabemos que existen otro tipo de causas como la infraestructura o la demora en la admisión al hospital y en la organización, pero solo algunos entrevistados refieren que existen problemas en la admisión al establecimiento de salud así como también en la organización, al decir que debería haber más personal de turno. Lo que mencionan algunos de los entrevistados coincide en cierta parte con lo mencionado por la Organización Panamericana de la Salud en el año 2013 donde reporta que las causas son el personal insuficiente o existe sobrecarga de trabajo. Otros autores como Bailit y Blanchard en su estudio sobre el efecto de las horas de trabajo en el área de ginecología y obstetricia reporta que existe una mayor frecuencia de complicaciones cuando la jornada de trabajo de un residente es mayor. Cuando se reestructuró la jornada laboral y el residente tuvo más horas de descanso, disminuyeron significativamente los eventos adversos <sup>32,33</sup>.

Es muy importante que se den capacitaciones sobre eventos adversos para poner todo en práctica en beneficio de la seguridad del paciente,

disminuyendo y/o evitando así la ocurrencia de eventos adversos, mostrando de ésta forma que el conocimiento debe estar basado no solo en la práctica, sino en fundamentos teóricos basados en evidencias y estudios por lo cual permitan que este conocimiento se desarrolle en forma gradual, logrado por la interacción de lo científico con las actividades realizadas cotidianamente .La práctica sin los conocimientos puede llegar a producir errores.

## **ROL DEL PERSONAL DE SALUD**

El personal entrevistado tiene la apreciación que los eventos adversos que se presentan con mayor frecuencia se dan en el momento del parto y son los desgarros y la retención de restos placentarios. Así mismo mencionan que los más frecuentes en el puerperio son las infecciones y hemorragias post-parto, este último evento adverso, lo mencionan con preocupación por el impacto de su alta morbimortalidad <sup>34</sup>.

El personal de salud tiene la percepción que estas infecciones se dan por una deficiente técnica en bioseguridad, donde no se recurre al lavado de manos en los momentos necesarios cuando se conoce que el lavado de manos antes, durante y después del acto médico es de vital importancia, resultados que coinciden con lo investigado por Vilella y Sallés en su estudio sobre seguridad e infecciones nosocomiales y lavado de manos en España en el año 2011 donde mencionan al lavado de manos como una de las medidas más eficaces para la prevención de la infección nosocomial. <sup>35</sup>.

Sobre las acciones que tomaría el personal de salud en el caso de que ellos hubieran ocasionado un evento adverso, destacamos que la que tratarían de solucionar el problema causado y comunicar rápidamente al equipo de turno para actuar de la manera más rápida posible. Un estudio sobre seguridad del paciente realizado por García en el año 2011 en Argentina,

reporta que como acción primaria, el personal de salud trataría de estabilizar al paciente y comunicar al equipo de turno el problema suscitado para que lo apoyen y así salvaguardar la integridad del paciente, previniendo así el desarrollo de un evento adverso grave, ya que eso implicaría una extensión de la estancia hospitalaria del paciente y en el peor de los casos, la muerte <sup>36</sup>.

Algunos responden que si tuvieran la culpa, asumirían su responsabilidad e incluso correrían con los gastos que tenga la paciente, para enmendar el error y también comunicarían a los familiares o a la paciente misma de lo sucedido. Podemos afirmar que ellos realizan esta acción para evitar problemas legales que los puedan perjudicar en su carrera profesional basándonos en un estudio elaborado por Kerguelén, donde en su investigación sobre el reporte y análisis de eventos adversos, realizado en el año 2010 en Colombia, encontró que el personal de salud que asume este tipo de responsabilidad es por la sencilla razón de que prefieren evitar llegar a instancias legales donde los gastos económicos son mayores, y esto representa mayor riesgo para su imagen y carrera profesional <sup>37</sup>.

Responden también algunos que tendrían un “sentimiento de culpa” y remordimiento porque pudo haber actuado de otra manera y no lo hizo. Otra investigación realizada por Kingston y Smith sobre las actitudes de los médicos y enfermeras ante el reporte de eventos adversos en el año 2010 en Australia, señalan que este sentimiento de culpabilidad se presenta en algunos profesionales de salud, pero según indica este mismo estudio, el personal, influenciado por este sentimiento, reporto el evento adverso. El saldo fue positivo, ya que otros profesionales de salud, al observar que sus compañeros reportaban los incidentes les dio más confianza y les demostró que reportar el evento adverso era lo más sensato <sup>38</sup>.

Como los habíamos mencionado anteriormente los sistemas de vigilancia de eventos adversos en el Perú son sistemas que tienen menos de 10

años de implementados en la región la libertad aproximadamente desde el año 2011 a cargo de las oficinas de gestión de calidad ; estos sistemas mantienen una vigilancia pasiva, el personal desconoce que existe un sistema de notificación y solo notifica infecciones intrahospitalaria similar realidad se encontró en un estudio realizado por Mir-Abellàn en España del año 2016 sobre actitudes frente a la cultura de seguridad del paciente en el ámbito hospitalario y variables correlacionadas”, en una muestra de profesionales y auxiliares de enfermería se encontró que el 53% no realizó ninguna declaración de incidente en el último año<sup>17</sup>.

En algunos estudios, el personal respondió que luego de haber realizado el protocolo necesario para salvar la vida del paciente, ellos reportaron el evento antes las instancias pertinentes; acciones que nosotros, por medio de las respuestas dadas por el personal investigado en este estudio, no hemos hallado. Creemos que esto se da por lo encontrado por Harper y Helmreich sobre la identificación de barreras para acceder al sistema de reportes en el año 2009 en Estados Unidos, donde mencionan que el personal de salud de las instituciones tenía mucho temor a sanciones, alegando que jamás reportarían voluntariamente un evento adverso, si es que antes no se les ha garantizado un proceso justo<sup>39</sup>.

### **Estrategias de Prevención y Control**

El personal de salud al responder sobre qué acciones tomarían si tuvieran conocimiento de un evento adverso grave en su hospital, responde que lo primero que harían es conversar con el personal implicado, sea un colega o no, mostrándoles porque fallaron y en que fallaron. También nuestro personal investigado aduce que tratarían de hacer reconocer que el personal que cometió el evento adverso acepte que se equivocó, esto coincide con Busso en su estudio sobre como reconocer y resolver los problemas y la calidad en los servicios de salud, realizado en el año 2008 en México al destacar que un profesional en salud conversaría con su

colega haciéndole aceptar que son falibles y se pueden equivocar <sup>40</sup>.

Sabemos que es conveniente que reporten el evento adverso, así haya sido leve, pero como pudimos apreciar, el personal de salud entrevistado tomaría como acción principal solo hablar con el personal que cometió el evento adverso.

Algunos responden que solo se limitarían a conversar más no a denunciar porque es un problema médico-legal y no se puede perjudicar al compañero de trabajo. Esto coincide con lo investigado por Bell y Holroyd en su estudio sobre la revisión de los métodos de la fiabilidad humana en los servicios de salud en el año 2009 en Estados Unidos, “donde destacan que el profesional no notificaría el evento adverso porque no quieren perjudicar al compañero de labores” <sup>41</sup>.

Si bien hemos evidenciado que el factor más resaltante del no reporte inmediato es no perjudicar al compañero de trabajo, creemos conveniente destacar otros factores por los cuales el profesional de salud no notifica el evento adverso, basándonos en lo mencionado por Farley y Haviland en el año 2008 en Estados Unidos en su estudio sobre prácticas de notificación de eventos adversos por hospitales estadounidenses, donde destaca, en orden de importancia lo siguiente: “por parecerle innecesario al personal, incremento de la carga de trabajo, miedo al castigo, olvido y probabilidad de un litigio” <sup>42</sup>.

Mencionamos que lo mejor para la institución hospitalaria e inclusive para el personal que cometió el evento adverso es reportar el caso a las instancias necesarias, pero como hemos visto, hay distintos factores que influyen en el no reporte. Algunos podrían suponer que la solución para que el personal reporte es hacer obligatoria esta práctica, sin embargo en un estudio realizado por Farley y Haviland sobre la práctica de reporte de eventos adversos en Estados Unidos en el año 2008, se verificó que en los

hospitales que cuentan con sistemas de reporte obligatorios, el personal no lo reporta por temor al castigo, despido y problemas legales. Los hallazgos encontrados por estos autores sugieren que el éxito de un sistema de reporte está determinado por las actitudes y percepciones de los profesionales frente al cuidado en salud <sup>42</sup>.

Los entrevistados desconocen que existe un sistema de vigilancia en el Hospital Belén de Trujillo y por lo tanto no se reportan los eventos adversos. En algunos centros hospitalarios, se cuenta con un sistema accesible sobre el reporte de los eventos adversos, donde se les garantiza que el reporte será anónimo y confidencial. Estos sistemas consisten en recepcionar el caso, lo estudian, plantean alternativas de solución y si estas son satisfactorias, se procede a realizar capacitaciones. En hospitales que cuentan con este tipo de sistemas, el reporte de eventos adversos tiene un porcentaje considerable<sup>43</sup>.

Tal como hemos mencionado que en los hospitales que cuentan con el sistema de notificación y vigilancia se encontró un estudio realizado por Vargas acerca de Conocimientos básicos, actividades y actitudes del personal asistencial del Hospital III Yanahuara EsSalud con respecto al reporte de eventos adversos hospitalarios en Perú en el año 2015; el 55% sí realiza reporte de eventos adversos; y el 6% del personal encuestado pertenece al comité de seguridad del hospital. Solo el 52% de los encuestados posee un conocimiento completo del concepto de eventos adversos <sup>21</sup>.

Cabe destacar que algunos entrevistados mencionan que uno de los pasos del protocolo frente a los eventos adversos es notificar al paciente sobre lo ocurrido y si este no está en posibilidades de ser informado, la otra opción es comunicárselo a los familiares. Resaltamos que solo algunos son los que tomarían esta acción. Esto lo comparten Weiner y Hooker en su estudio sobre identificación, divulgación y notificación de los errores realizado en

Canadá en el año 2009. Se observó en esa investigación que el personal carecía de conocimiento sobre cómo informar a un paciente de un evento adverso. De igual manera, la probabilidad de informarle a un paciente de su problema fue muy baja, por el temor de posibles medidas que tomen los familiares o el paciente mismo <sup>44,45</sup>.

La cultura del reporte, como herramienta de notificación de eventos adversos que comprometen la seguridad en los procesos asistenciales, “precisa reforzarse e incentivarse a partir de una cultura justa, no castigadora, que tienda a la búsqueda de mecanismos de solución de alto impacto en la consecución de instituciones seguras” <sup>46</sup>.

Las medidas de prevención o estrategias que tomaría el personal para evitar un evento adverso refieren que se debería capacitar a todo el personal sobre este tema. Así lo describe Pérez y Fernández en su estudio sobre prevención de eventos adversos para la seguridad del paciente en las unidades de tratamiento del dolor crónico, realizado en España en el año 2013, donde sugirieron “iniciar y mantener un programa de actividades docentes orientado a la prevención de los eventos adversos”. Recomendaron en estos estudios la “realización de un taller o cursos de capacitación que incluya un análisis detallado de cada uno de los eventos adversos que pueden presentarse, fallos y causas que los pueden producir, así como las acciones preventivas y de tratamiento que habría que adoptar en su caso” <sup>47</sup>.

La primera estrategia para mejorar la seguridad del paciente es “promover, crear y mantener una cultura de la seguridad positiva en las instituciones”. La cultura de la seguridad del paciente, se debe concebir como la suma de valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de conducta individuales y grupales que determinan el compromiso de la gestión de la seguridad en la atención y en el cuidado del paciente” <sup>48,49</sup>.

El personal de salud como puede apreciarse evidencian que se debe hacer un mejor control prenatal, evaluar la historia clínica para poder anticiparse al posible evento que se produciría, argumentando que bajo una buena anamnesis se puede disminuir la presentación de eventos adversos. Pérez y Fernández en España en el año 2013, mencionan como recomendación que los profesionales en salud deben de realizar siempre una buena historia clínica, esencial para prevenir distintos eventos adversos <sup>47</sup>.

Ante la ocurrencia de un evento adverso, se tiende a señalar al profesional y a pedir su sanción. Es fundamental la búsqueda de las causas que originaron el evento adverso: el análisis causal, análisis de la ruta causal o de la causa raíz, de tal manera que se puedan definir e identificar las barreras de seguridad. Algunas de las prácticas seguras que utilizan las instituciones para disminuir la probabilidad de ocurrencia del evento adverso son: acciones dirigidas para garantizar una atención adecuada en salud, así como también a nivel individual y organizacional para disminuir las fallas asociadas al factor humano: fatiga, comunicación, entrenamiento; se realizan programas para para la remisión oportuna de pacientes <sup>50</sup>.

En la formación de los profesionales de salud, en las universidades desde el segundo año la definición y el manejo de la historia clínica como documento legal; el estudio de los antecedentes clínicos-sociales, culturales y una concienzuda historia clínica permiten el buen diagnóstico y manejo de los casos; pero la información de la evolución de los casos al paciente y familiares debe ser continua para evitar problemas éticos que en un eventual evento adversos pueda llevar a interpretación inadecuada de la practica medica u obstétrica.

Es conveniente destacar, que es importante realizar capacitaciones constantes al personal de salud así como también el realizar una buena historia clínica para prevenir posibles eventos adversos. Pero también creemos que es necesario hacer saber al personal de salud que el reporte de estos es lo correcto.

Por lo mencionado anteriormente se encontró un estudio realizado por Vargas acerca de Conocimientos básicos, actividades y actitudes del personal asistencial del Hospital III Yanahuara EsSalud con respecto al reporte de eventos adversos hospitalarios en Perú en el año Se encontró que el 41% recibió capacitación sobre el tema en los últimos tres años, se evidencia que a pesar que los hospitales que cuenta con un sistema de notificación existe un porcentaje de personal de salud que considera la ignorancia de que se ha cometido un evento adverso como una de las causas principales de no reporte <sup>21</sup>.

Hemos comprobado que para el personal de salud que participó de esta investigación el hecho de implementar normas de reporte de eventos adversos no se encuentra dentro de sus medidas de prevención. Basamos lo anteriormente dicho en lo mencionado por Bañeres y Cavero en su estudio sobre sistemas de registro y notificación de incidentes y eventos adversos realizado en España en el año 2012 donde destacan que contar con un sistema de reportes de eventos adversos es de suma importancia para prevenirlos. Un proceso de notificación permite mejorar e implementar la seguridad de los pacientes en diferentes sentidos: alertando de nuevos riesgos, compartiendo la información sobre nuevos métodos para prevenir errores y creando una cultura de seguridad. El análisis de los datos permite revelar tendencias y riesgos que requieren la atención y también recomendar “buenas prácticas” a seguir <sup>51</sup>.

La información proporcionada por el estudio ha facilitado un punto de partida para futuras acciones de mejora. En lo que respecta a la seguridad del paciente están involucrados los profesionales asistenciales y no asistenciales. Es una limitación del presente estudio haber solo contado con la parte asistencial.

## **V.-CONCLUSIONES:**

- ❖ Las actitudes del personal de salud frente a la ocurrencia de eventos adversos respecto a la vigilancia y notificación de eventos adversos, el personal desconoce que existen un sistema de vigilancia en Hospital Belén de Trujillo y solo notifican a las infecciones intrahospitalarias.
- ❖ Las actitudes del personal de salud frente a la ocurrencia de eventos adversos, respecto al análisis de causas durante el parto y puerperio es que la principal causa es la mala praxis, así como problemas en los procesos de admisión y organización del hospital.
- ❖ Las actitudes del personal de salud frente a la ocurrencia de eventos adversos respecto a las estrategias de prevención y control durante el parto y puerperio argumentan que la mejor estrategia de prevención es la capacitación, algunos mencionan realizar una adecuada atención prenatal y una buena historia clínica.

## **VI.-RECOMENDACIONES**

- ❖ **AL HOSPITAL:** Implementar un sistema de notificación de eventos adversos para todos los departamentos del hospital, en los cuales se le brinde facilidad y confianza al personal de salud para realizar un adecuado reporte de eventos adversos.
  
- ❖ **AL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA:** Enfatizar sobre el tema de eventos adversos. Ejecutar programas educativos y de capacitación de manera continua sobre eventos adversos dirigidos a los profesionales de salud del servicio para que conozcan adecuadamente este tema y saber que actitudes tomar frente a la ocurrencia de eventos adversos y así mismo evitar la incidencia de la aparición de estos.

## VII.-REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Bernal D, Garzón N. Eventos adversos durante la atención de enfermería en unidades de cuidados intensivos. [Tesis para optar título de especialista en cuidado crítico]. Bogotá : Servicio de Publicaciones de la Javeriana, Pontificia Universidad Javeriana; 2008.Disponible en : <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/tesis44.pdf>
2. Otálvaro A, Valencia M, Cardona D. Caracterización de eventos adversos en una Empresa social del estado de primer nivel en Caldas. Hacia Prom de Salud.[Internet] 2009 [ citado 13 de agosto] ;16 (1); 12 :87-98 .Disponible en [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-75772011000100007](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-75772011000100007)
3. Gaitán D, Eslava J, et al. Tamizaje de eventos adversos en atención obstétrica y del puerperio en el Instituto Materno Infantil de Bogotá, Colombia. 2010-2011.Rev de ginec [Internet].2012 [ citado 12 de agosto];56 (1): 1-10.Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v56n1/v56n1a03>
4. Garrido S. Eventos adversos en hospitales de la secretaría de salud Tabasco, México 2004-2005.Hor San [Internet]. 2011 [citado 12 de agosto];10 (3): 29-39.Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/4578/457845139002.pdf>
5. Aranas J. Estudio Ibeas Prevalencia de efectos adversos en hospitales latinoamericanos [Internet] 1 Ed. Madrid ; 2010 [ citado 12 de agosto] Disponible en [http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/INFORME\\_IBEAS.pdf](http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/INFORME_IBEAS.pdf)

6. Vásquez D. Evaluación de la frecuencia de eventos adversos y monitoreo de aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente [Internet] 2ed. Colombia; Ministerio de salud de Colombia; 2014 [consultado el 18 de noviembre de 2016] Disponible en : <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Evaluar-frecuencia-eventos-adversos.pdf>
  
7. Lopetegui R. Sistema de monitoreo de eventos adversos Hospital Dr. Mauricio Heyermann Torres de Angol. [Internet] 1er ed. Chile; 2012. Ministerio de salud de Chile [ consultado 11 de noviembre de 2016 ] Disponible en : [http://www.hospitalangol.cl/documentos/ACREDITACION/3.%20AMBITO%20GESTION%20CLINICA/GCL%202.3/PROTOCOLO %20EVENTOS\\_ADVERSOS.pdf](http://www.hospitalangol.cl/documentos/ACREDITACION/3.%20AMBITO%20GESTION%20CLINICA/GCL%202.3/PROTOCOLO%20EVENTOS_ADVERSOS.pdf)
  
8. Aguirre H, Vásquez F. El error médico, eventos adversos. Cir Ciruj [Internet]. 2006 [consultado el 01 de febrero de 2017]; 74 (6) 495-503. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2006/cc066n.pdf>
  
9. Gaitán D, Eslava J, et al. Tamizaje de eventos adversos en atención obstétrica y del puerperio en el Instituto Materno Infantil de Bogotá, Colombia. 2010-2011. Rev de ginec [Internet]. 2012 [ citado 12 de agosto]; 56 (1): 1-10. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v56n1/v56n1a03>
  
10. Karlsson H. Pérez C. Hemorragia postparto. Anales sin san Navara [Internet] .2009 [ citado 20 de febrero de 2017]; (32) : 11-27 .Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272009000200014](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272009000200014)

11. Venegas M .Protocolo de vigilancia y notificación de eventos adversos asociados a la atención [Internet] 2 ed. Temuco: Hospital Clínico Universidad Mayor.; 2012. [ consultado 01 de diciembre de 2016] Disponible en: <http://www.clinicamayor.net/protocolos/filesprotocolos/GCL%202.3-20160205-123352.pdf>
12. Marcelo N, Cantuarias N. Nivel de conocimiento y aplicación de precauciones de aislamiento hospitalario por la enfermera. In Cres [Internet].2012 [citado 15 de febrero de 2017]. (3): 99-108. Disponible en: <http://revistas.uladech.edu.pe/index.php/increcendo/article/viewFile/99/63>
13. Khon LT, Corrigan JM, Donaldson MS eds.To err is human: building a safer health system.Washington, DC: National Academy Press, 2000.
14. Mena P. Error médico y eventos adversos.Rev Chil Pediatr [Internet].2008 [citado 30 de enero de 2017]; 19(3):319-326. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062008000300012&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062008000300012&script=sci_arttext)
15. Vincent C, Stanhope N, Crowley M. Reasons for not reporting adverse incidents: an empirical study. J Eval Clin Pract. 1999;5(1):13-21
16. Evans SM, Berry JG, Smith BJ, Esterman A, Selim P, O'Shaughnessy J, DeWit M. Attitudes and barriers to incident reporting: a collaborative hospital study. Qual Saf Health Care. 2006,15:39-43
17. Mir-Abellán R. et al. Actitudes frente a la cultura de seguridad del paciente en el ámbito hospitalario y variables correlacionadas. Gac Sanit

[Internet]. 2017 [citado 09 de mayo 2017]; 31 (2):145-147. Disponible en: [www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911116301777](http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911116301777)

18. Mosqueda A. et al. Análisis conceptual de los eventos adversos en la atención hospitalaria y Rol de enfermería en su detección y control. *Horiz Enferm [Internet]* .2012 [citado 09 de mayo 2017]; 23 (2): 39 -47. Disponible en : [http://revistahorizonte.uc.cl/images/pdf/232/analisis\\_conceptual\\_de\\_los\\_eventos\\_adversos.pdf.pdf](http://revistahorizonte.uc.cl/images/pdf/232/analisis_conceptual_de_los_eventos_adversos.pdf.pdf)
19. García E. et al. Reporte de conocimientos, creencias y actitudes en calidad de atención y seguridad del paciente en alumnos de pregrado: validando el cuestionario APSQ-III modificado. *Medwave [Internet]*. 2016 [citado 09 de mayo 2017]; 16 (11) : 10-16. Disponible en: <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Estudios/Investigacion/6809>
20. Ferreira A. et al. Eventos adversos en salud y cuidados de enfermería: la seguridad del paciente desde la experiencia del profesional. *Contexto Enferm [Internet]*.2015 [citado 09 de mayo de 2017]; 24(2): 3-5. Disponible en: [http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n2/es\\_0104-0707-tce-24-02\\_00310.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n2/es_0104-0707-tce-24-02_00310.pdf)
21. Vargas Sandoval G. Asociación entre calidad de la atención hospitalaria y tiempo al evento adverso prevenible en obstetricia en dos instituciones de Bogotá: estudio de caso- cohortes. [Tesis doctoral]. Bogotá: Servicio de Publicaciones de la UNAL, Universidad Nacional de Colombia; 2013.
22. Peña E. Martínez M. Principales complicaciones obstétricas en un hospital general con servicio de obstetricia, distrito nacional. *Ciencia y sociedad [Internet]* .2010 [citado 15 de febrero de 2017]. (35): 87-101. Disponible en:

<https://repositoriobiblioteca.intec.edu.do/bitstream/handle/123456789/1325/CISO20103501-087-101.pdf>

23. Hospital Belén de Trujillo. Plan Estratégico Institucional 2013-2017 [Internet] Disponible en: <http://www.hbt.gob.pe/index.php/institucional/documentos-de-gestion/category/3-plan-estrategico-institucional>
24. Francia C. Neyra J. Incidencia y características epidemiológicas de los eventos adversos durante el parto y puerperio de las pacientes atendidas en el servicio de obstetricia. Hospital Belén de Trujillo- 2011-2013 [Tesis para optar título de obstetra] . Trujillo: Repositorio Upao, Universidad Privada Antenor Orrego; 2013.
25. Kerguelén C. Reporte y análisis de eventos adversos, la necesidad de estructurar sus relaciones [Internet] .2010 [citado 20 de abril de 2017]. 52(2): 3-5. Disponible en: [http://www.cgh.org.co/articulos/calidad\\_reporte\\_ea.pdf](http://www.cgh.org.co/articulos/calidad_reporte_ea.pdf)
26. Ministerio de Salud. Como implementar un sistema de reportes de eventos adversos [diapositiva].Lima: Dos de Mayo; 2009.66 diapositivas.
27. García C. Vigilancia Epidemiológica en salud. [Internet]. 2013. [citado 22 de abril de 2017]. 17(6): 4-17. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/amc/v17n6/amc130613.pdf>
28. Imbacuan D. Yubely N. Conocimiento de los trabajadores de la salud sobre eventos adversos como proceso de mejoramiento de calidad. Hospital del tambo cauca, abril – mayo [Tesis para optar título de especialista en auditoria y garantía de calidad de salud] Popayan: Repositorio Ean, Universidad EAN; 2011.Disponible en: <http://repository.ean.edu.co/bitstream/handle/10882/535/anaconamaria>

2011.pdf?sequence=1

29. Aranaz E. et al. Diseño del estudio IBEAS: prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica [Internet] Rev. Calid Asist. España 2011; 26 (3):194-200; disponible en:[http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet?\\_f=10&pident\\_articulo=90014962&pident\\_usuario=0&pcontactid=&pident\\_revista=256&ty=49&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=256\\_v26n03a90014962pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90014962&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=256&ty=49&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=256_v26n03a90014962pdf001.pdf)
30. Proyecto HEN.Eventos adversos en obstetricia [Internet]. Rededucativa 2014 [citado 20 de abril de 2017] Disponible en<http://ahpr-rededucativa.com/index.php/recursos/item/eventos-adversos-en-obstetricia>
31. Brennan M. et al. Incidence of Adverse Events and Negligence in Hospitalized Patients — Results of the Harvard Medical Practice Study [Internet] .2011 [citado 20 de abril de 2017]. 34(4): 70-76. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S001638132004000400003&script=sci\\_arttext&tlnq=en](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S001638132004000400003&script=sci_arttext&tlnq=en)
32. Organización Panamericana de la Salud. Por la seguridad del paciente [Internet]. 2013 [citado 22 de abril de 2017]. Disponible en: [http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/ahora03\\_nov04.htm](http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/ahora03_nov04.htm)
33. Bailit JL, Blanchard MH. The effect of house staff working hours on the quality of obstetric and gynecologic care. Obstet Gynecol. 2004;103:613-6.
34. Martínez-Galiano JM. Prevención de la hemorragia posparto con el manejo activo del alumbramiento. Matronas prof. 2009; 10: 20-26

35. Vilella A. et al. Seguridad e infecciones nosocomiales, lavado de manos. Calidad Asistencial [Internet] .2011 [citado 20 de abril de 2017].24 (2): 3-5. Disponible en:  
<http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/00/1776/81/1v00n1776a90040861pdf001.pdf>
36. García S. Seguridad del paciente. OMS [Internet]. 2011 [citado 15 de mayo de 2017] Disponible en:  
[http://who.int/patientsafety/research/preguntas\\_mas\\_relevantes.pdf](http://who.int/patientsafety/research/preguntas_mas_relevantes.pdf)
37. Kerguelén C. Reporte y análisis de eventos adversos, la necesidad de estructurar sus relaciones [Internet] .2010 [citado 20 de abril de 2017]. 52(2): 3-5. Disponible en:  
[http://www.cgh.org.co/articulos/calidad\\_reporte\\_ea.pdf](http://www.cgh.org.co/articulos/calidad_reporte_ea.pdf)
38. Kingston MJ, Evans SM, Smith BJ, Berry JG. Attitudes of doctors and nurses towards incident reporting: a qualitative analysis. Med J Aust. 2010 ;181:36-9.
39. Harper M, Helmreich R. Identifying barriers to the success of a reporting system. Rockville (MD) [Internet] .2009 [citado 20 de abril de 2017].34 (3): 3-5. Disponible en:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK20544/>
40. Busso N. Hacia la calidad en los servicios de salud -Cómo reconocer y resolver los problemas.2008
41. Bell J, Holroyd J. Review of Human Reliability Assessment Methods, Health and Safety Executive .HSE [Internet] .2009 [citado 20 de abril de 2017].6 (1): 7-9. Disponible en:  
<http://www.hse.gov.uk/research/rrpdf/rr679.pdf>

42. Farley DO, Haviland A, Champagne S, Jain AK, Battles JB, Munier WB et al. Adverse event reporting practices by US hospitals: results of a national survey. *Qual Saf Health Care*. 2008;17:416-23
43. Leape L. Reporting of Adverse Events. *The New England Journal of Medicine* [Internet]. 2009 [citado 21 de abril de 2017] 20 (3): 16-33. Disponible en: <http://search.proquest.com/openview/638ba829da6c418363c886d91c623f1c/1?pq-origsite=gscholar&cbl=40644>
44. Hobgood C, Xie J, Weiner B, Hooker J. Error identification, disclosure, and reporting: practice patterns of three emergency medicine provider types. *Acad Emerg Med*. 2009;11(2):196-9. 1
45. Aubin D. Disclosure Working Group. Canadian disclosure guidelines [Internet] 2011 [citado 20 de abril de 2017] 3(1): 45-49. Disponible en: <http://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/disclosure/Documents/CPSI%20Canadian%20Disclosure%20Guidelines.pdf>
46. Giraldo L. et al. Factores que influyen en la omisión del reporte de incidentes y eventos adversos en una institución acreditada a de tercer nivel en Bogota. *Cienc Tecnolo* [Internet] 2016 [citado 21 de abril de 2017] 14 (1) : 79-87. Disponible en: <https://revistas.lasalle.edu.co/index.php/sv/article/view/3518/3025>
47. Lázaro J. et al. Prevención de eventos adversos para la seguridad del paciente en las unidades de tratamiento del dolor crónico. *Rev Esp Anestc*. [ Internet] 2013 [citado 19 de abril de 2017] 12(2) : 4-16. Disponible en: [http://www.seguridaddelpacienteyenfermero.com/docs/articulos/articulo\\_16.pdf](http://www.seguridaddelpacienteyenfermero.com/docs/articulos/articulo_16.pdf)

48. Davins J. et al. Visión y evolución de la seguridad del paciente en Cataluña. Med Clin [Internet] 2014 [citado 21 de abril de 2017] 143 (1) : 1-3. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-vision-evolucion-seguridad-del-paciente-S0025775314005491>
49. Halligan M, Zevevic A. Safety culture in healthcare: a review of concepts, dimensions, measures and progress. BMJ Qual Saf. [Internet] 2011 [citado 23 de abril de 2017] 20:338–343. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21303770>
50. Imbacuan D. Yubely N. Conocimiento de los trabajadores de la salud sobre eventos adversos como proceso de mejoramiento de calidad. Hospital del tambo cauca, abril – mayo [Tesis para optar título de especialista en auditoria y garantía de calidad de salud] Popayan: Repositorio Ean, Universidad EAN; 2011. Disponible en: [http://repository.ean.edu.co/bitstream/handle/10882/535/anaconamaria\\_2011.pdf?sequence=1](http://repository.ean.edu.co/bitstream/handle/10882/535/anaconamaria_2011.pdf?sequence=1)
52. Bañeres J. Cavero E. et al. Sistemas de registro y notificación de incidentes y eventos adversos. Calid y Evalu. Sani. [Internet] 2014 [citado 25 de abril de 2017] 3 (1): 14-17. Disponible en: [https://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc\\_sp3.pdf](https://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp3.pdf)

# **ANEXOS**

## **ANEXO Nº 01**

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR  
VOLUNTARIAMENTE EN LA INVESTIGACIÓN:

**Actitudes del personal de salud frente a la ocurrencia de eventos adversos durante el parto y puerperio. Servicio de obstetricia. Hospital Belén de Trujillo. 2016.**

1. Le invitamos a participar del estudio: **“Actitudes del personal de salud frente a la ocurrencia de eventos adversos durante el parto y puerperio. servicio de obstetricia. Hospital Belén de Trujillo. 2016.”** Este estudio es realizado para el personal en salud del Hospital Belén de Trujillo, con la finalidad de determinar la actitud que tienen ante la ocurrencia de eventos adversos durante el parto y puerperio. Si usted acepta voluntariamente participar en este estudio, nosotros le haremos algunas preguntas sobre ciertos aspectos. Las respuestas que nos dé, serán grabadas y las cuales le tomará aproximadamente 15 minutos responder a todas las preguntas.
2. La recolección de información se realizará por una sola vez
3. Usted será una de profesionales en salud que participará en este estudio. El estudio se realizará durante los meses de abril y mayo del presente año.
4. La decisión de participar es totalmente voluntaria y será muy importante para explorar la actitud que tiene el personal de salud frente a los eventos adversos. Usted podrá retirarse del estudio si lo decide, incluso después de realizar la entrevista. Si decide no participar, no habrá ninguna sanción para usted.

5. Si tiene alguna duda o necesita alguna información adicional o si decidiera retirarse del estudio puede comunicarse con los investigadores: **Barrientos Reynaga Rosa Mercedes y Llontop Aponte José Carlos**, bachilleres de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Privada Antenor Orrego.
6. La información proporcionada por usted es estrictamente confidencial y se mantendrá de acuerdo a las normas éticas internacionales vigentes; sólo tendrá acceso a esta información las investigadoras. Su nombre no aparecerá en las encuestas ni en ninguna publicación ni presentación de resultados del presente estudio.

**ANEXO Nº 02**

AUTORIZACIÓN PARA PARTICIPAR EN LA INVESTIGACIÓN:

**ACTITUDES DEL PERSONAL DE SALUD FRENTE A LA OCURRENCIA DE EVENTOS ADVERSOS DURANTE EL PARTO Y PUERPERIO. SERVICIO DE OBSTETRICIA. HOSPITAL BELEN DE TRUJILLO. 2016**

Yo, \_\_\_\_\_, certifico que he leído o me han leído los objetivos de la investigación que se realizará al personal de salud que participará del estudio: **ACTITUDES DEL PERSONAL DE SALUD FRENTE A LA OCURRENCIA DE EVENTOS ADVERSOS DURANTE EL PARTO Y PUERPERIO. SERVICIO DE OBSTETRICIA. HOSPITAL BELEN DE TRUJILLO. 2016**. Me han hecho saber que mi participación es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento.

Se me informó además que se me aplicará una entrevista, no se me tomarán muestra de ningún tipo y que mi nombre no aparecerá en ningún informe o publicación, la información que brinde será estrictamente confidencial y de uso solo de los investigadores.

\_\_\_\_\_  
**Firma o huella digital del participante.**

**Trujillo, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2017.**

### **ANEXO 3: INSTRUMENTO:**

#### **ACTITUDES DEL PERSONAL DE SALUD FRENTE A LA OCURRENCIA DE EVENTOS ADVERSOS DURANTE EL PARTO Y PUERPERIO. SERVICIO DE OBSTETRICIA. HOSPITAL BELEN DE TRUJILLO. 2016**

##### **Entrevista:**

##### **Sección I: Conocimiento sobre eventos adversos**

¿Qué es para usted un evento adverso?

¿Cuáles son los eventos adversos más comunes en obstetricia?

¿Cuáles cree usted que son las causas de eventos adversos?

##### **Sección II: Rol del personal de salud**

En el momento del parto ¿Qué tipo de eventos adversos se da con mayor frecuencia?

En el puerperio ¿Qué tipo de eventos adversos ha visto?

¿Usted realiza la notificación de eventos adversos al sistema de vigilancia?

¿Qué haría usted si hubiera ocasionado un evento adverso grave?

##### **Sección III: Estrategias de Prevención y Control**

¿Si usted supiera de un evento adverso grave en su hospital, que acciones tomaría?

¿Qué medidas de prevención o estrategias tomaría para evitar un evento adverso?